

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

N° 13

— **THÈSE** —
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 novembre 1909, à 1 heure

Par Mlle **PETITJEAN**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE
CHEZ L'ENFANT
ET DE LEURS COMPLICATIONS

Président : M. SEGOND, professeur

Juges : MM. PINARD et RECLUS, professeurs.
COUVELAIRE, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

— **THÈSE** —

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 novembre 1909, à 1 heure

Par **Mlle PETITJEAN**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE

CHEZ L'ENFANT

ET DE LEURS COMPLICATIONS

Président : M. SEGOND, professeur

*Juges : { MM. PINARD et RECLUS, professeurs.
 COUVELAIRE, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS
ET A MES GRANDS-PARENTS

A MON FRÈRE

AU DOCTEUR DUBOIS
ET A SA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Nous avons eu, au mois d'août dernier, à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le Dr Savariaud, l'occasion de voir opérer un cas intéressant de hernie étranglée de l'ovaire et de la trompe chez une enfant de 7 mois. C'est le premier cas de ce genre qu'il nous était donné d'observer, et il nous a inspiré le désir de rechercher quelle pouvait en être la fréquence. Après avoir lu les diverses publications parues sur les hernies des organes génitaux internes de la femme, il nous a semblé intéressant d'étudier spécialement les observations éparses ayant trait aux hernies de l'ovaire et de la trompe chez l'enfant. Nous publions dans ce travail, à la suite de notre observation personnelle, celles qui nous ont paru les plus caractéristiques, et particulièrement celles qui rapportent des faits d'étranglement ou de torsion de la trompe. Ces deux complications dont les effets sont identiques sont chez l'enfant celles que l'on rencontre le plus fréquemment ; nous donnons avec leurs détails quelques observations anglaises qui paraissent peu connues en France et qui dépeignent bien certains cas de ce genre.

HISTORIQUE

L'étude des hernies des organes génitaux de la femme, malgré quelques faits anciens, est une étude récente et déjà très documentée. Mais ce sont particulièrement les hernies des adultes qui ont fait l'objet des travaux les plus importants. Cela se conçoit car les chirurgiens ont longtemps attribué à la cure radicale des hernies chez l'enfant une gravité qu'en réalité cette opération ne possède pas.

Les documents les plus anciens, de Soranus d'Éphèse (d'après Peyrilhe, vers l'an 97 de notre ère), de Louis Léger de Gouey, chirurgien de Rouen, en 1716; ceux plus récents et plus importants de Denneux, 1813; de Loumaigue, 1869; d'Hamilton et Téry, 1870; d'English, 1871, ont tous pour objet des hernies d'adultes. C'est dans le mémoire de Puech en 1879, qu'on rencontre les deux premiers cas authentiques de hernie de l'ovaire et de la trompe chez la petite fille. Ces deux cas (obs. III et VII) se rapportent, le premier à une ectopie inguinale

de l'ovaire gauche chez une enfant de 13 jours, le deuxième à une hernie inguinale droite, avec l'ovaire réductible, chez une enfant de 10 ans. Il faut mentionner cependant deux autres cas communiqués par Guer-sant à la Société de chirurgie en 1851 et 1858, l'un de hernie de la trompe chez une enfant de 11 ans, l'autre, très curieux, de hernie double chez une enfant de 3 ans dont les deux ovaires étaient cancéreux. Il ne faut surtout pas oublier une observation intéressante due à Panas (obs. I) et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1868 : une fillette âgée de 7 mois présentait une hernie inguinale droite où une portion d'intestin se trouvait associée à l'ovaire et à la trompe.

En 1894, Félizet écrivit son livre sur les hernies inguinales chez la femme et particulièrement chez les petites filles.

Il n'avait pas encore rencontré de hernie des organes génitaux internes chez l'enfant quand il eut l'occasion, au moment où son travail allait paraître, d'en opérer un cas chez une fillette de 14 ans. Depuis les observations se sont multipliées. Vassal, dans sa thèse (Paris, 1895), rapporte une observation de M. Broca sur une enfant de 14 mois ayant présenté une hernie étranglée de l'ovaire et de la trompe.

Defontaine, dans les *Archives provinciales de chirurgie* mentionne une hernie inguinale des ovaires et de l'utérus chez une fillette de 7 mois. Mencièrre, dans une étude publiée par la *Revue des maladies de l'enfance*, en 1897, apporte 5 cas personnels. Launay et Wiart (obs. VIII), Gaudier (obs. X) font sur ce même sujet

des communications à la Société anatomique et à la Société de chirurgie.

En Angleterre surtout, les faits paraissent très nombreux. Les statistiques prises sur les rapports de *The Truss Society*, de 1866 à 1890, donnent un total de 115 hernies des organes génitaux internes chez des enfants au-dessous de 12 mois. Nous publions à la fin de cette étude des observations de Pollard, 1889 ; de Lockwood, 1895-1896 ; d'Owen et de Mumby, 1896, et de Morgan, 1897.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGENIE

Puech, dans les *Annales de Gynécologie* (1879), a rassemblé 88 cas de hernies de l'ovaire. Mais il s'agit là surtout de femmes ayant eu des grossesses répétées. « Épaissi ou dégénéré dans son parenchyme, rendu mobile par l'élongation de ses attaches, l'ovaire s'échappe dans l'ouverture d'une paroi distendue et meurtrie par les grossesses, et il tombe dans le sac herniaire à la façon de tout autre viscère. »

Les conditions de production de cette hernie sont tout autres chez les enfants. A cette époque les organes génitaux internes ne peuvent être déplacés ni par leur fonctionnement physiologique qui est nul, ni par le développement de tumeurs, sauf quelques cas rares, ni par une cause purement mécanique comme un effort violent. Il faut qu'il y ait une disposition anatomique congénitale qui favorise le déplacement de ces organes et provoque des hernies bilatérales ou unilatérales. Cette disposition anatomique, c'est d'abord la situation élevée des ovaires dans la fosse iliaque et la configura-

tion spéciale du bassin ; l'ovaire est favorablement placé pour s'échapper par le canal inguinal pendant une longue période de son développement. C'est ensuite la persistance du canal de Nüek dont l'existence au moins temporaire n'est pas contestable, et qui forme un chemin tout préparé, une poche que les organes herniés ne créent pas, mais qu'ils complètent en s'y développant. C'est aussi la mobilité particulière à cet âge de l'ovaire et de la trompe. Kousmine, en pratiquant des examens sur des cadavres de nouveau-nés, dit avoir toujours trouvé les trompes extrêmement mobiles, et ses mensurations lui ont montré que leur partie moyenne n'était distante de l'orifice inguinal que de 14 millimètres.

D'un autre côté, des tractions sur le ligament rond pourraient déterminer la formation d'un cul-de-sac péritonéal et l'on pourrait voir une analogie entre la descente de l'ovaire et la migration du testicule.

On a attribué sans doute une action exagérée aux malformations des organes génitaux internes. La persistance du canal de Nüek est évidemment la manifestation d'une malformation héréditaire qui peut coexister avec d'autres ; mais plus on observe de cas chez l'enfant, moins on rencontre d'anomalies, telles que l'absence d'utérus, l'utérus unicorne ou bicorne, l'hermaphrodisme féminin.

Les chirurgiens d'enfants estiment que la plupart de ces hernies inguinales des petites filles contiennent l'ovaire et la trompe. Mais quel est celui des deux organes qui entraîne l'autre ? Cruveilhier admettait que

la hernie de l'ovaire était toujours précédée de la hernie de la trompe. Cette opinion ne peut être absolue. On peut l'admettre pour un certain nombre de cas (Launay et Wiart, obs. VIII); il en est d'autres où manifestement l'ovaire se trouvait en avant et en bas et avait dû descendre le premier. En tout cas, les deux organes se suivent de très près; quand l'ovaire est seul, la trompe apparaît à l'orifice interne; et les hernies de la trompe seules sont très rares. Garrigues, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1903-1904) en réunit 43 cas.

Le siège de la hernie semble, malgré quelques auteurs, prédominer à droite. Sur les 115 cas cités tout à l'heure d'après les statistiques anglaises, 17 se rapportaient à des hernies doubles, 89 à des hernies droites. Broca disait que le canal de Nüek tend à rester plus souvent béant à droite qu'à gauche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La description du trajet de la hernie inguinale ne demande pas de développements spéciaux ; c'est le trajet du canal inguinal qui est parfaitement connu et décrit. Cette voie naturelle, qui dans le cas de hernie de l'intestin, arrive à subir des déformations parfois considérables, conserve le plus souvent en cas de hernie de la trompe et de l'ovaire chez les enfants la presque intégrité de sa forme. Il s'allonge et s'élargit plus ou moins, ses piliers s'écartent, son orifice externe devient plus perméable que normalement et admet l'extrémité de l'index.

Le sac peut être absent partiellement comme dans les hernies du cæcum ou de la vessie ; mais en général il forme une enveloppe complète autour des organes herniés. Adhérent au pédicule et à la trompe dans les hernies anciennes ou enflammées, il reste le plus souvent libre au niveau de l'ovaire, ce qui explique la mobilité souvent très nette de cet organe dans le canal inguinal. Le péritoine herniaire, très vascularisé, permet la forma-

tion d'exsudats et de brides cicatricielles pouvant amener un étranglement. Fréquemment il s'enflamme et peut suppurar.

Le contenu du sac est surtout intéressant par les modifications que peuvent présenter les organes herniés, et qui entraînent des erreurs de diagnostic. Dans un nombre de cas assez fréquents, l'ovaire et la trompe se rencontrent dans le sac avec l'intestin ou l'épiploon (Numuby, obs. VI, Panas, obs. I). L'épiploon peut subir la dégénérescence fibreuse et donner la consistance d'un corps dur ou bosselé. Il contracte plus souvent des adhérences diffuses. L'ovaire peut être entouré d'une zone liquide qui masque sa présence et donne une sensation molle, fluctuante, qu'on peut attribuer à l'épiploon ou à l'intestin. En cas d'étranglement, ce liquide est roussâtre, plus ou moins sanguinolent. Il peut même être de sang pur comme dans le cas de M. Gaudier (obs. X).

L'ovaire, généralement sain au début, est exposé à la gêne, aux froissements, aux traumatismes. Il s'atrophie dans une certaine mesure, se congestionne, et son inflammation peut aboutir à une hémorragie parenchymateuse (Manega, obs. III), et même à la suppuration. Les kystes y sont très fréquents, mais malgré la présence de petits kystes nombreux, l'intégrité de la zone ovigère peut rester complète. Ainsi dans le cas de Félizet : « l'ovaire plus gros qu'il ne doit être à cet âge, avant la formation, présentait une structure irrégulière ; le parenchyme était lardé de sept ou huit petits kystes du volume d'un grain de chénevis, à contenu séreux. »

On a trouvé des kystes dermoïdes. Guersant, chez une petite fille de 3 ans, a rencontré des ovaires herniés cancéreux. Lejars a parlé de la fréquence des néoplasmes herniaires (*Gazette des Hôpitaux*, 1889). La tuberculose y est plus fréquente et Mencièrre en a communiqué deux observations (*Revue des Maladies de l'enfance*, 1897).

La trompe, qu'on peut observer à tous les degrés d'engagement depuis le pavillon seul jusqu'à sa totalité, qu'on trouve rectiligne ou plus ou moins flexueuse, même tordue sur elle-même, est sujette aux mêmes altérations congestives et inflammatoires que l'ovaire. Quelquefois saine, elle est souvent épaissie, œdémateuse, plus ou moins oblitérée, presque toujours adhérente. Elle peut présenter des dilatations kystiques.

Les organes herniés entraînent, attirent les organes restés dans l'abdomen. Il est assez fréquent de voir la corne utérine apparaître à l'orifice abdominal du canal inguinal (Morgan, obs. VII). L'utérus a alors une direction plus ou moins oblique, le corps regardant la hernie, le col dirigé du côté opposé.

SYMPTOMES

Les symptômes de la hernie tubo-ovarique non compliquée sont presque nuls et n'attirent pas l'attention. Un jour cependant, le plus souvent en faisant la toilette de l'enfant, la mère remarque une petite tuméfaction de forme arrondie, pédiculée, siégeant à l'anneau externe du canal inguinal et se prolongeant un peu dans la partie supérieure de la grande lèvre. Cette tumeur, presque toujours indolente et peu volumineuse, augmente lentement de volume ; de la grosseur d'une noisette, elle devient de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'un fort noyau de pêche.

L'anneau inguinal se modifie, devient perméable au doigt, mais ni les cris ni les efforts ne font varier le volume de la hernie qui reste d'une consistance variable mais généralement ferme. La douleur spontanée est rare, mais la douleur à la pression, moins aiguë qu'elle ne l'est chez la femme, est presque constante.

Fréquemment réductible au début, il est rare, même

sans complication, que la tumeur ne devienne pas irréductible au moins en partie ; c'est-à-dire que l'ovaire peut être repoussé dans le canal inguinal, mais il ne franchit plus l'anneau interne et la hernie récidive promptement.

ÉVOLUTION

Ces signes, aussi peu caractéristiques qu'ils soient, peuvent s'estomper avec l'âge, pour ne reparaitre que plus tard, à l'époque de la puberté ou même ensuite. La tolérance s'établit.

Mais il est loin d'en être toujours ainsi. La hernie augmente brusquement de volume, devient dure, douloureuse, l'enfant crie. Des phénomènes graves et bruyants comme nous en rapportons quelques-uns dans nos observations apparaissent fréquemment, caractéristiques d'un étranglement. Les douleurs deviennent extrêmement vives, les téguments fortement tendus changent de couleur, deviennent rouges, œdématisés. Les symptômes généraux simulent l'étranglement herniaire de l'intestin, l'enfant est anxieux, agité, il a parfois le facies grippé, parfois aussi des vomissements. Cependant le ventre reste souple et l'on ne constate que momentanément et rarement l'arrêt des matières (obs. V). Si l'on opère dès le début des accidents, les lésions sont d'ordre purement congestif. Les organes sont œdématisés, rouges, avec des foyers ecchymotiques. Plus tard

le sphacèle peut apparaître si l'on n'intervient pas, et la suppuration du sac.

Cet étranglement, beaucoup plus rare relativement dans la hernie inguinale de l'intestin, est la plus fréquente des complications de la hernie tubo-ovarique de l'enfant. Mais son mécanisme reste souvent obscur. Il peut être dû à l'ovogénèse, à la contraction des muscles obliques, plus souvent à des brides cicatricielles. On attribue une certaine importance dans sa pathogénie aux rétrécissements du canal de Nüek dont le calibre n'est pas parfait, qui présente des sortes de valvules, ou des diaphragmes complets et très serrés. (Ramonède, Th. de Paris, 1883, *Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée*).

Mais il semble, d'après les observations que nous avons plus particulièrement étudiées, qu'on doit attribuer à la torsion du pédicule ovarien la plupart des cas d'étranglement. Cette torsion existait dans presque tous les cas que nous publions, dans beaucoup d'autres que nous avons examinés, et son mécanisme se conçoit plus aisément qu'une striction du sac ou de la paroi abdominale chez de jeunes enfants dont les tissus ne manquent ni de souplesse, ni d'extensibilité. La rareté de l'étranglement intestinal dans les hernies inguinales de l'enfant vient à l'appui de cette assertion.

D'autres complications, plus rares, peuvent s'observer : la dégénérescence kystique (Félizet), surtout après la première enfance ; la tuberculose (Mencière). Guer-sant a rapporté le cas intéressant d'une petite fille de 3 ans dont les deux ovaires herniés étaient cancéreux.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des hernies inguinales de la trompe et de l'ovaire n'est pas toujours aisé, et bien des erreurs ont été commises par des chirurgiens expérimentés. Mencièrre, dans les cinq cas qu'il cite (*Revue des maladies de l'enfance*, 1897), n'a qu'une seule fois porté un diagnostic exact, basé sur la douleur à la pression. Chez la femme, cette douleur provoquée est très vive; la hernie se tuméfie, devient douloureuse spontanément au moment des époques; on peut en imprimant des mouvements à l'utérus sentir ces mouvements se propager à la trompe. Loumaigne, en 1869, écrivit que ce dernier signe était pour ainsi dire pathognomonique de l'affection. Mais ces signes n'existent pas chez l'enfant ou sont impossibles à chercher. Ceux que nous avons énoncés dans les précédents chapitres se rencontrent aussi bien dans les kystes du canal de Nüek, dans l'entéroccèle, dans l'épiplocèle. Il faut pour porter un diagnostic, rechercher surtout les symptômes particuliers essentiels de ces dernières affections.

Il y a souvent des kystes du canal péritonéo-vaginal qui offrent de singulières ressemblances avec une hernie inguinale. Ils peuvent occuper le même siège, former une tumeur tendue, dure, élastique, irréductible, mate à la percussion, sans gargouillements. Leur volume varie de la grosseur d'une cerise à celle d'un gros œuf, ne subit pas de changement sous l'influence de la toux, la peau qui les recouvre est normale. Mais la fluctuation est souvent perceptible, et la transparence à la lumière est à peu près constante si elle est parfois difficile à constater. Il faut songer cependant que chez les enfants gras, les tissus peuvent laisser passer la lumière (Owen, obs. IV). L'incertitude s'accroît s'il s'agit de kystes communiquants, avec réduction facile de leur contenu dans l'abdomen.

Une tumeur ovale, élastique, à peu près indolente, sonore à la percussion, réductible en produisant un bruit de gargouillement, tels sont les signes qui permettent classiquement de diagnostiquer une hernie de l'intestin. Mais quand la tumeur se réduit mal ou pas, quand elle est petite et régulière, dure, toujours sortie, on peut être sérieusement embarrassé. De même une hernie qui contient le gros intestin est bien souvent imparfaitement réductible, même complètement irréductible par engouement, pendant quelques jours, sans malaises concomitants. Mais ce sont là des cas assez rares. En général la hernie de l'intestin a un volume très variable, un son tympanique, et se réduit avec un bruit de gargouillement très caractéristique. En cas d'étranglement, l'arrêt des matières et des gaz, les

vomissements, le ballonnement du ventre, le facies abdominal donnent un aspect très spécial à la maladie.

Les cas les plus difficiles sont certainement les cas de hernie des organes génitaux compliqués d'entérocele. Le diagnostic est ici le plus souvent impossible (obs. I).

L'épiplocèle qui peut coexister également avec la hernie de l'ovaire et de la trompe n'est guère plus facile à reconnaître. L'épiploon hernié qui s'épaissit, subit la dégénérescence fibreuse, donne la sensation d'un corps dur qui peut en imposer pour un ovaire. Mais il contracte plutôt des adhérences diffuses. D'un autre côté, si l'ovaire est entouré d'une zone liquide, on peut attribuer la sensation molle, fluctuante que l'on éprouve à l'épiploon ou à l'intestin. Félizet qui opéra une fillette de 14 ans, atteinte de hernie de l'ovaire et de la trompe, crut à une épiploïte adhérente. L'ovaire était relativement libre et pouvait rentrer dans l'abdomen, mais la trompe était fixée à la paroi postérieure du sac. On peut encore penser à un abcès comme dans le cas de Pollard (obs. II).

Il faut signaler également, pour mémoire, l'adénite si fréquente chez les enfants, mais qui n'a donné lieu qu'à des erreurs exceptionnelles, et l'ectopie testiculaire, très rare.

En résumé, la hernie tubo-ovarique, d'un diagnostic relativement facile chez la femme, n'a chez l'enfant que des symptômes souvent très effacés. Il faut y songer et toujours rechercher avec soin les signes distinctifs des affections qui peuvent en imposer.

TRAITEMENT

Certaines de ces hernies peuvent être réduites et rentrer sans bandage, mais il faut toujours craindre les suites. La guérison n'est le plus souvent qu'apparente, et la hernie récidivant sera une gêne considérable pour la femme plus tard, la source de nombreux maux. L'activité physiologique des ovaires sera entravée ; les efforts, les traumatismes, les accouchements accroîtront la tumeur. L'utérus pourra suivre les organes herniés dans des tissus relâchés, de même que l'épiploon, l'intestin. Il est inutile d'insister sur les complications graves qui peuvent survenir, sur l'étranglement qui altérera les organes et empêchera leur réduction opératoire, sur la dégénérescence, la suppuration, la grossesse tubaire. Aussi le traitement de choix de la hernie simple ou compliquée, c'est l'intervention opératoire, la cure radicale. Les risques en sont actuellement très légers et les résultats sont de beaucoup supérieurs à ceux que l'on obtient par une méthode non sanglante. Du reste en cas de hernie simple, les organes restent sains et sont

réduits dans l'abdomen. Quand ces organes sont atrophiés et dégénérés, ou quand ils sont trop enflammés, en imminence de suppuration ou de sphacèle, il faut les enlever et ne pas introduire au milieu des viscères abdominaux des germes infectieux. Il s'agit dans une très forte proportion de hernies unilatérales, et les annexes du côté opposé suffiront pour assurer le développement ultérieur normal de la femme.

OBSERVATIONS

Observation I

Hernie étranglée chez une petite fille de 7 mois. Opération suivie de succès. Mort par entérite survenue après la sortie de l'hôpital.

(PANAS. *Gazette des hôpitaux* 1868.)

Marg. M..., âgée de 7 mois, bien développée. Deux mois auparavant sa mère aperçut au niveau et un peu au-dessus de la grande lèvre droite une petite tumeur.

A la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, on en fit facilement la réduction, et cette tumeur s'étant reproduite depuis lors à plusieurs reprises, la mère la réduisit elle-même chaque fois. La réduction se faisait toujours facilement, et la mère ne se rappelle pas, dans ces circonstances, avoir jamais perçu de sensation que l'on puisse rapporter à un gargouillement ; elle dit que cette tumeur n'avait jamais dépassé le volume d'une petite noisette et qu'elle percevait au toucher une consistance assez ferme. L'enfant n'a jamais porté de bandage, et n'a pas eu d'accidents.

Le 28 juillet. — La tumeur s'étant reproduite, la mère ne

put parvenir à la réduire. Peu après des vomissements porracés, verdâtres, se reproduisirent fréquemment ; aucune selle. Le 29 au soir on fit à Saint-Antoine une nouvelle tentative de taxis infructueuse. A 9 heures, on fit sous le chloroforme une troisième tentative inutile. A ce moment l'enfant paraissait très affaiblie, elle avait le facies abdominal, les traits grippés ; pas de selles ; vomissements fécaloïdes, poulx petit, serré, fréquent.

Tumeur. — La grande lèvre droite, à sa partie supérieure, paraît notablement plus volumineuse que celle du côté opposé. Elle présente une intumescence régulièrement arrondie, de la consistance d'une noix dure, rénitente, irréductible.

A 11 h. 1/2, M. Panas intervient. Incision au niveau du point le plus saillant de la tumeur. Le sac se présente sous une forme arrondie de 3 centimètres de diamètre environ, coloration d'un rouge brun, surface lisse, tellement qu'on aurait pu se croire en présence de l'intestin.

A la palpation, sensation molle d'une anse intestinale, et à côté d'elle un corps dur ayant la forme et le volume d'une petite aveline.

Ouvert, le sac vide de tout liquide montre, outre une anse intestinale de 3 à 4 centimètres, d'un rouge brun, un repli péritonéal qui n'est autre que le ligament large du côté droit avec la trompe et l'ovaire du même côté. Ce dernier, d'une coloration jaunâtre caractéristique constituait le corps dur que l'on sentait à travers ses enveloppes. La hernie s'était faite à travers l'orifice inguinal supérieur. Le péritoine ne paraît point former de collet à ce niveau, l'étranglement aurait été produit par l'orifice aponévrotique lui-même. On débride l'anneau, et on fait la réduction.

La surface interne du sac est normale, sans adhérences ni fausses membranes.

La plaie cicatrise après une suppuration de quelques jours.

Après sa sortie de l'hôpital, l'enfant est prise de diarrhée et d'un épuisement dont les progrès ont bientôt entraîné la mort.

Observation II

Hernie étranglée de l'ovaire chez une enfant de 3 mois.

POLLARD. *The Lancet*, juillet 1889, cité par Ogé.

Th. de Paris, 1900-1901.

Le 30 mars 1889, une petite fille de 3 mois était admise dans mon service à l'hôpital de North-Eastern. Depuis un mois, sa mère avait remarqué, au niveau de l'aîne, une tumeur qui n'était pas constante et avait à chaque apparition des dimensions différentes. Le 19 mars, on avait ordonné un bandage qui fut appliqué le 20. On avait alors supposé la hernie réduite. Le 27, le bandage fut enlevé pour permettre de nettoyer l'enfant, et on trouva alors une tumeur irréductible du pli de l'aîne droite. De ce fait la petite malade fut envoyée à l'hôpital par le médecin de la famille.

Vomissements assez fréquents depuis le 27, mais dans la matinée du 30 il y eut une selle.

Au moment de l'admission, on trouve à l'anneau externe du canal inguinal droit une tumeur un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon, qui distendait la partie supérieure de la grande lèvre du même côté.

A ce niveau, peau rouge et chaude, rénitence et fluctuation légère, son mat à la percussion ; en somme tous les caractères d'un abcès.

D'après l'histoire de la maladie, et les derniers symptômes qui excluaient l'idée d'un étranglement de l'intestin, je pensai à une hernie étranglée de l'ovaire.

Opération. — Les téguments sont œdématisés et agglutinés ensemble. Il s'échappe un peu de liquide rouge teinté de sang. Dans le sac on trouve l'ovaire et la portion frangée de la trompe de Fallope très enflammées, de couleur noirâtre, et fixés par des adhérences. On ne pouvait songer à les rentrer dans l'abdomen, donc ligature du pédicule et excision. Il fallut élargir légèrement l'anneau externe pour réduire le collet du sac que des exsudats inflammatoires avaient rendu fortement adhérent.

Suture des piliers, et fermeture de la plaie sans drainage. Légère ascension de la température le soir de l'opération et le cinquième jour sans cause appréciable.

Au bout de dix-huit jours, la guérison est complète.

Observation III

Hernie inguinale gauche étranglée chez une enfant de 4 mois.

MANÉGA. *Riforma medica*. Naples, 1894, cité par Ogé, *id.*

Enfant de 4 mois, issue de parents sains, amenée le 11 octobre 1893. D'après la mère, est apparue depuis quatre jours seulement, dans l'aîne gauche, une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, douloureuse, irréductible.

Augmentation progressive de la tumeur, cris continus; ni vomissements, ni arrêt des matières.

Actuellement la peau est rouge et œdémateuse, mais on ne trouve pas de fluctuation ni de gargouillement. Température: 38°.

Diagnostic de hernie épiploïque enflammée. Glace *in situ*, et

de nouveau tentative infructueuse de réduction. On se décide alors à intervenir chirurgicalement.

Dans le sac, on trouve un ovaire enflammé et une trompe adhérente à la paroi inférieure. Excision, guérison le onzième jour.

L'ovaire excisé pesait 2 grammes, et l'examen microscopique fit constater une hémorragie parenchymateuse.

Observation IV

Torsion du pédicule ovarien dans le sac herniaire.

(Ed. Owen. *The Lancet*, 1896.)

Le 28 janvier, une fillette de 11 semaines fut envoyée d'urgence à l'hôpital par le Dr Nix de Weymouthstreet, à cause d'une tumeur dure et sensible qu'elle présentait à la grande lèvre droite. Elle avait été parfaitement bien jusqu'au 26, c'est-à-dire jusqu'à deux jours auparavant, quand elle vomit deux ou trois fois après avoir pris de la nourriture.

Le jour suivant, le 27, elle fut irritable et vomit à plusieurs reprises. Et ce jour pour la première fois, sa mère remarqua une enflure douloureuse de l'aîne, qui s'étendait graduellement en largeur et en sensibilité. L'enfant n'avait pas été constipée. Les vomissements furent dits bilieux. Quand l'enfant fut admise à l'hôpital, elle était extraordinairement tranquille, mais paraissait en bonne santé. L'expression de sa physionomie était paisible.

Une petite tumeur tendue se voyait sur la grande lèvre droite et se continuait dans le canal inguinal en forme de corde. Elle était plutôt sensible, irréductible, mate à la percussion, et dépourvue de pulsations quand l'enfant criait. L'abdomen était

souple et respirait librement. Comme l'enfant se trouvait dans de bonnes conditions, on différa l'opération jusqu'au lendemain à l'heure de la visite régulière. Pendant la nuit, elle vomit plusieurs fois et eut une légère diarrhée.

Le matin du 29, on lui donna le chloroforme, et l'on fit une opération d'abord exploratrice, car la nature de la tumeur n'était pas suffisamment déterminée. Une incision au bas de l'enflure dégagea à peu près deux drachmes de liquide sanguinolent qui entourait une grosseur très congestionnée et lobulée dans un sac herniaire. Cette grosseur était à peu près du volume d'un fort noyau de pêche. A un deuxième examen, on reconnut un ovaire engorgé. Le pédicule formé du ligament large contenant la trompe de Fallope et les vaisseaux ovariens était enroulé dans le sens opposé à celui d'une vis.

De la torsion, le pédicule s'étendait à l'utérus dont une petite partie était entraînée et apparaissait à l'anneau inguinal interne. Le pédicule fut lié juste au-dessous de la torsion et remis en place dans l'abdomen, l'ovaire enlevé. On fit une suture à la soie et des pansements secs. L'enfant eut une rapide convalescence et fut tout à fait guérie le 7 février.

Les parties enlevées étaient constituées par l'ovaire, la trompe de Fallope et le parovarium, l'ovaire formant à lui seul les deux tiers de la masse. Tous ces organes sont d'une teinte noirâtre, pleins de sang, et considérant l'âge de la malade, rendus plus volumineux par la congestion et l'œdème. Le corps de l'ovaire présente une apparence lobulée, due à une légère constriction entre les deux tiers externes et le tiers interne.

La trompe de Fallope, courant le long de la partie supérieure de cette pièce, se termine extérieurement par une extrémité bien marquée, œdémateuse et frangée; sa partie interne constituait

une partie du pédicule divisé. Le parovarium, situé entre la trompe de Fallope et le corps de l'ovaire, se termine dans le pédicule divisé.

Par sa forme et son contour, à cause de l'extrémité frangée de la trompe, la pièce enlevée ressemble de très près à un testicule avec l'épididyme.

Remarques. — Après un examen soigneux de la tumeur, avant l'opération, je la pris pour une hydrocèle enkystée dans le canal de Nück, comme j'en avais vu plusieurs exemples chez des petites filles. Ce diagnostic me parut confirmé par la translucidité à une forte lumière, car l'enfant était très grasse. La seule chose qui fit hésiter mon diagnostic fut le fait que l'extrémité supérieure de la tumeur n'était pas arrondie d'une manière définie comme elle l'eût été dans une hydrocèle enkystée, et qu'elle semblait s'effiler vers le canal inguinal. Ce n'était évidemment pas une hernie étranglée, la plupart des symptômes généraux faisant défaut.

Observation V

Un cas de hernie de l'ovaire chez une enfant, avec torsion du pédicule.

(LOCKWOOD. *Br. Med. J.*, 1896.)

Le cas que j'ai à communiquer est certainement très rare. M. Pollard et d'autres ont décrit l'étranglement des ovaires herniés, mais on ne peut trouver aucun rapport sur la torsion de leur pédicule. Les détails sont les suivants :

E. Ts... était un bébé de 6 mois, gras et plein de santé. Le 27 juillet elle refusa le sein, fut encore malade le 28, et le 29

sa mère remarqua pour la première fois une grosseur dans sa région inguinale droite. Cette grosseur était tendue, mais disparaissait sous un peu de pression. Le 30 juillet l'enfant dormit tranquillement jusqu'au soir, quand la grosseur revint, plus forte qu'auparavant et plus rouge.

Rien ne fut tenté et l'on apporta l'enfant à l'hôpital. Elle avait à la région inguinale droite une tumeur ovale, d'environ 3 millimètres de long sur 1 mm. 1/2 de large. La partie supérieure aboutissait à l'anneau inguinal interne, et sa partie inférieure était perdue dans la grande lèvre droite enflammée et enflée. La peau, au sommet, était aussi rouge et enflammée. La tumeur était tendue et sans pulsations. Son volume ne changeait pas quand l'enfant criait, mais il augmenta graduellement jusqu'à l'opération. Les caractères locaux de cette tumeur étaient ceux d'une hernie inguinale enflammée et étranglée. Cette supposition était possible, étant donnés la constipation de l'enfant, qui durait depuis le 28 juillet, et des vomissements qu'elle avait eus. Mais après son admission à l'hôpital, la flatulence avait disparu et un examen rectal fut suivi d'une selle copieuse. On pensa alors qu'une opération n'était pas urgente.

Mais comme l'enflure ne diminuait pas, et que l'enfant souffrait beaucoup, je tentai une opération exploratrice le 2 août.

Le chloroforme ayant été donné, une incision le long du canal inguinal découvrit une paroi kystique d'un rouge bleuâtre ayant près d'un demi-pouce d'épaisseur. Elle était distendue par environ 2 drachmes d'un liquide brun sombre, grumeleux. Quand le sac fut ouvert, une masse ovoïde comme une petite prune apparut et fut prise un moment pour un cæcum étranglé. Mais la partie frangée de la trompe de Fallope, profondément engorgée, fut aperçue au-dessous de cette masse qu'on

reconnut alors pour un ovaire plein de sang. L'ovaire, la trompe et le ligament large se trouvaient libres dans le sac. A environ trois quarts de pouce de l'anneau inguinal interne leur pédicule avait fait un demi-tour sur lui-même. Cette torsion était la cause de l'engorgement vasculaire de l'ovaire, de la trompe, et du ligament large, parce que la partie de la trompe située entre la torsion et l'anneau interne n'était pas resserrée et semblait incapable de comprimer son contenu. Quand l'ovaire fut enlevé du sac, la torsion disparut.

L'ovaire et la trompe étaient clairement trop endommagés pour être replacés dans l'abdomen, c'est pourquoi ils furent sacrifiés après ligature de leur pédicule. Le sac fut ensuite enlevé et son tronçon fixé au-dessous des muscles oblique et transverse. On ferma le canal inguinal, et la plaie fut suturée de la manière habituelle avec du catgut.

L'enfant fit une convalescence sans interruption, et le 10 août le pansement fut enlevé.

La pièce anatomique montre simplement l'engorgement considérable de l'ovaire, de la trompe et du ligament large par du sang. La torsion ne peut pas être vue parce qu'elle disparut quand le pédicule fut divisé.

Observation VI

Hernie inguinale de l'ovaire.

(MUMBY. *Br. M. J.*, 1896.)

Une enfant hindoue, Kalloo, âgée de 3 ou 4 ans, fut admise à l'hôpital au commencement d'août 1895, avec une grosseur ovale dans l'aîne droite, s'étendant bien dans la grande lèvre droite. C'était une hernie de l'intestin accompagnée d'une hernie de

l'ovaire. L'intestin était réductible, mais l'ovaire ne pouvait retourner dans la cavité abdominale par taxis. Une incision fut pratiquée, et le sac disséqué. A travers de minces parois on apercevait l'ovaire d'une teinte pourpre. Une légère torsion du pédicule pouvait avoir existé comme dans le cas de Lockwood, publié par le *British Medical Journal* du 21 septembre 1895. La congestion qui en résultait empêcha sa réduction jusqu'à ce qu'on eût élargi au bistouri l'anneau inguinal. Le sac fut alors tordu trois fois sur lui-même, repoussé derrière les muscles oblique et transverse dont le péritoine pariétal avait été séparé, et fixé là. L'enfant eut une convalescence excellente, et maintenant, après trois mois, court sans aucun appareil de contention. Le résultat est parfait, il n'y eut aucun accident, quoiqu'elle ne pût pas garder le lit après le deuxième jour.

Observation VII

*Un cas de hernie de l'ovaire droit avec enroulement du pédicule.
Opération, guérison.*

(MORGAN. *The Lancet*, 1897.)

Une enfant, âgée de 8 mois, fut admise à l'hôpital le 9 mai 1897 avec une grosseur dans l'aîne droite. Il n'y avait rien de ce genre dans son hérédité, mais à noter qu'un frère était mort d'une hernie étranglée.

L'enfant avait toujours été délicate, et depuis quelque temps on avait observé une petite enflure dans l'aîne droite. Quatre jours avant son admission à l'hôpital, cette enflure subit une grande augmentation de volume. La peau au-dessus devint rouge, et les parties douloureuses. L'enfant criait constamment

et levait sa jambe droite. Elle eut des convulsions à deux reprises, mais pas de vomissements. Ses selles étaient régulières. Un médecin consulté conseilla de la porter à l'hôpital. Au moment de son admission l'enfant parut en bon état. Sa température était normale. Sur le côté droit de l'extrémité supérieure du mont de Vénus, s'étendant à l'anneau abdominal externe, il y avait une tuméfaction ronde, à demi élastique, non fluctuante, ne changeant pas de volume quand l'enfant criait. En essayant de sentir la fluctuation, on provoqua de la douleur, et la pression sur la peau produisit un léger godet. L'enfant était très grasse. Mais dans un second examen, on put sentir un corps indistinct, arrondi et irréductible, à peu près de la grosseur d'une cerise, libre, et n'ayant, semblait-il, aucune connexion avec l'abdomen.

Les intestins étaient libres. Elle resta dans les mêmes conditions jusqu'au 12, jour où M. Morgan décida de l'opérer. Ayant fait une incision oblique sur la tumeur, il trouva un sac aux parois minces qui contenait un peu de liquide sombre. Une petite incision permit l'écoulement d'un drachme environ de liquide sanguinolent, laissant apparaître un corps lisse, arrondi, couleur de pruneau, à peu près de la grosseur et de la forme d'une petite prune; attaché à la partie supérieure de ce corps, qui à une inspection plus attentive fut reconnu pour l'ovaire, se trouvait un mince pédicule ayant fait sur lui-même deux tours et demi. Ce pédicule était constitué par la trompe droite et le ligament large; au-dessus, les repoussant vers l'extérieur, le fond de l'utérus entraînait dans l'anneau.

La partie du pédicule enroulée presque à son point d'attache avec l'utérus était dans un état de congestion égal à celui de l'ovaire. Une ligature de soie fine fut passée autour du pédicule, au-dessus de la partie congestionnée, et l'ovaire et le pédicule

coupés, l'utérus remis dans l'abdomen. Une suture fut passée à travers l'anneau inguinal externe et la plaie fermée. L'enfant fut complètement guérie le 24 mars, sans incidents.

Observation VIII

Hernie inguinale congénitale de l'ovaire et de la trompe.

(LAUNAY ET WIART. *Société anatomique*, janv. 1897.)

Sur un sujet féminin âgé de 2 mois, pris à l'amphithéâtre d'anatomie, M. Launay a trouvé, à l'ouverture de l'abdomen, les annexes utérines droites en place anormale.

A l'examen par l'abdomen, l'utérus apparaît dévié, la corne droite portée en avant et à droite vers l'orifice abdominal du canal inguinal; les annexes sont engagées dans cet orifice. On voit d'abord, réunie à la corne utérine par un cordon représentant le ligament large replié, une masse rougeâtre, molle, un peu aplatie, sortant à moitié de l'orifice inguinal, c'est l'ovaire. A côté de lui, en dedans et en arrière, se trouve le ligament rond enveloppé de son péritoine.

A gauche tout est normal et normalement placé. Le ligament rond s'enfonce dans l'orifice inguinal sans entraîner le péritoine. Il n'y a pas de canal de Nück.

L'examen par l'extérieur montre dans la région inguinale droite une petite tumeur molle se dirigeant vers la grande lèvre et passée d'abord inaperçue. Sous la peau incisée se trouve un sac péritonéal sortant par l'orifice externe du canal inguinal et accompagné en arrière et en dedans par le ligament rond qui éparpille rapidement ses fibres. Dans le sac se présente l'autre extrémité de l'ovaire et en dedans la trompe se recourbait,

flexueuse, en avant de l'ovaire. Ce dernier est un peu plus gros qu'à gauche, rougeâtre, sans kyste ; la trompe normale ne portait aucun kyste.

La trompe et l'ovaire se réduisent facilement dans le ventre.

Du côté gauche, le canal inguinal contient un ligament rond normal sans cul-de-sac péritonéal.

C'est donc un cas net de hernie congénitale ou d'ectopie inguinale de la trompe et de l'ovaire chez une enfant de 2 mois. Ces cas ne sont pas très rares, beaucoup moins que les hernies de la trompe seule (Lejars, *Revue de chirurgie*). Mais les observations prises chez l'enfant peu après la naissance ne sont pas fréquentes.

M. le professeur Berger en cite (dans le *Traité de chirurgie*) deux cas dus à Schmitz de Saint-Petersbourg.

Il est à remarquer que l'ectopie siège à droite, et qu'il n'y a pas d'autres malformations des organes génitaux.

Il n'existe aucun kyste annexé à l'ovaire ou à la trompe malgré la fréquence des néoplasmes herniaires (Lejars, *Gazette des hôpitaux*, 3 août 1889).

On peut remarquer que la trompe se trouve devant l'ovaire, ce qui confirme l'opinion de Cruveilhier : la hernie de l'ovaire est toujours précédée de la hernie de la trompe (cité par Dolbeau, *Soc. anatomique*, 1854, p. 72).

Observation IX

Hernie inguinale congénitale de la trompe gauche.

(P. WIART. *Soc. anat.*, janv. 1899.)

Sur un sujet féminin, âgé de 6 mois environ, de l'amphithéâtre de Clamart, nous avons trouvé une hernie congénitale de la trompe gauche.

Après ouverture de l'abdomen, on peut voir l'utérus très fortement dévié à gauche, la corne de ce côté étant au contact de la paroi pelvienne et regardant en avant, et à gauche, vers l'orifice abdominal du canal inguinal. L'ovaire situé dans la fosse iliaque interne atteint presque par son extrémité antérieure l'orifice inguinal. La trompe et le ligament rond s'engagent dans cet orifice, et tous les deux sont attachés à sa partie inféro-externe par un court méso commun.

A droite l'ovaire et la trompe ont leur situation normale.

A l'extérieur, rien de visible avant la dissection, pas trace de tumeur.

Lorsque la peau est enlevée, on constate, du côté gauche, un sac péritonéal du volume d'un petit pois environ, qui fait issue par l'orifice externe du canal inguinal. Ce sac contient la trompe qui est ainsi disposée : elle est un peu bosselée, flexueuse, enroulée de dehors en dedans, formant presque un O complet, si bien que le pavillon, qui regarde en avant, vient presque au contact du segment de trompe qui sort immédiatement de l'orifice. L'organe est attaché au sac, sauf au niveau du pavillon, par un méso très court, qui s'attache à la partie postérieure de ce sac.

L'enfant était hydrocéphale. Pas d'autres malformations viscérales.

Observation X

Pseudo-étranglement d'une hernie inguinale de la trompe chez une fille de 4 mois.

(M. GAUDIER, de Lille. *Soc. de chir.*, juin 1906.)

Chez une fille de 15 jours, ayant presque à sa naissance contracté la coqueluche, on vit apparaître à l'aîne droite une tu-

meur irréductible, grosse comme une amande, qui resta indolente, en sorte qu'on ne s'en occupa pas. A l'âge de 4 mois, augmentation brusque de volume, douleur, ballonnement léger du ventre, refus de prendre le sein, et huit jours après le début des accidents, l'enfant fut apportée à l'hôpital Saint-Sauveur. Alors la tumeur, grosse comme un œuf de poule, est douloureuse au toucher, recouverte d'une peau rouge; elle est rénitente, irréductible, se prolonge dans le canal inguinal. Aucun symptôme d'étranglement intestinal.

Malgré cela, M. Gaudier opéra d'urgence, évacua un gros caillot de sang qui lui expliqua l'augmentation brusque de volume, et au fond du sac trouva la trompe très serrée dans l'anneau, grosse comme le petit doigt, noirâtre; elle lui parut trop malade pour être conservée et il la réséqua. L'examen histologique a confirmé sans discussion possible qu'il s'agissait de la trompe. L'enfant guérit sans incidents.

Observation XI (*personnelle*).

Suzanne S..., 7 mois, est amenée à la consultation de l'hôpital Trousseau, le 3 août 1909.

La mère âgée de 22 ans a eu trois grossesses, les deux premiers enfants sont morts en bas âge. Le père est bien portant. La grand'mère maternelle est morte d'une hernie inguinale gauche étranglée.

L'enfant est née à terme, elle a été nourrie au sein jusqu'à l'âge de 2 mois, l'allaitement a été mixte jusqu'à 4 mois, enfin actuellement l'enfant est nourri au biberon. Depuis sa naissance elle a présenté des vomissements alimentaires très fréquents.

A 3 mois on s'aperçoit que l'enfant a une hernie inguinale

gauche. Celle-ci est parfaitement réductible et maintenue par un bandage prescrit à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Le 1^{er} août la mère s'aperçoit que la hernie est devenue irréductible et qu'elle est douloureuse à la pression. L'enfant a quelques vomissements, mais qui ne paraissent ni plus fréquents, ni plus abondants qu'à l'ordinaire. Le cours des matières n'est pas troublé et l'enfant a eu des selles normales jusqu'au moment de l'opération.

A l'examen on constate une tuméfaction inguinale du côté gauche, de l'œdème de la grande lèvre. Toute la région présente une teinte rose, comme lymphangitique. Cette tumeur est légèrement douloureuse à la pression, nettement pédiculée; ce qui frappe c'est la consistance extrêmement ferme.

La température est de 36,4. Le facies est tout à fait normal. La petite malade est gaie et souriante.

On pose le diagnostic d'étranglement herniaire, mais on fait des réserves quant à la nature du contenu.

Opération. — Opérée le 3 août dans l'après-midi. Anesthésie au chloroforme. Incision des plans superficiels. On constate que l'étranglement est constitué par l'orifice externe du canal inguinal. A l'ouverture du sac il s'écoule une très légère quantité de liquide séreux. On aperçoit une masse noire du volume d'une grosse amande. On croit d'abord à l'existence d'une frange épiploïque et d'une anse intestinale tordue. Mais peu à peu on attire l'utérus et le ligament large; on distingue alors la véritable nature des organes herniés. L'ovaire est très augmenté de volume, la trompe l'entoure sur une moitié de sa circonférence. Le pédicule est tordu plusieurs fois sur lui-même, on y voit un gros vaisseau thrombosé.

On place une ligature sur le méso externe, une autre au niveau

de la corne utérine, le pédicule antérieur (ligament rond) est sectionné sans ligature.

Deux points de catgut n° 1 servent à la réfection de la paroi postérieure du canal; suture de la paroi antérieure au catgut 00. Agraphes sur la peau.

Suite. — Le lendemain matin, la malade est alimentée, le quatrième jour les agraphes sont enlevées, le sixième jour l'enfant quitte l'hôpital en très bonne santé.

CONCLUSIONS

I. — La hernie des organes génitaux internes chez l'enfant, qui paraissait il y a peu de temps encore une rareté, a fourni depuis le grand développement qu'a pris la chirurgie infantile des cas de plus en plus nombreux.

II. — La plus fréquente de ces hernies est celle qui comprend l'ovaire et la trompe.

III. — L'étude de ces hernies chez l'enfant amène à modifier la conception pathogénique de l'étranglement des hernies tubo-ovariques et ovariennes.

IV. — Elles peuvent donner lieu à des complications telles que l'étranglement et la torsion du pédicule ovarien, accidents qui présentent une symptomatologie toute particulière, nettement différente par plusieurs points essentiels de l'étranglement intestinal.

V. — Le traitement de choix de ces hernies chez l'enfant comme chez l'adulte est la cure radicale. Quant à l'ablation des organes herniés, la conduite du chirurgien variera suivant l'état anatomique et le degré d'étranglement des tissus.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
SECONDE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de chirurgie*.
LÉ DENTU ET DELBET. — *Traité de chirurgie*.
GUERSANT. — *Soc. de chirurgie*, 1851 et 1858.
PANAS. — *Gazette des Hôpitaux*, 1868.
LOUMAIGNE. — *Th. de Paris*, 1869.
PUECH. — *Annales de gynécol.*, nov. 1878 et juin 1879.
RAMONÈDE. — *Thèse de Paris*, 1883.
THOMAS. — *Thèse de Paris*, 1887.
LEJARS. — *Gazette des hôpitaux*, 1889.
POLLARD. — *The Lancet*, 1889.
BOUDAILLE. — *Thèse de Lyon*, 1890.
BARNES. — *Physiologie de l'ovaire hernié. Amer. Journ. Obst.*,
janvier 1893.
LEJARS. — *Revue de chirurgie*, 1893.
BROCA. — *Société anatomique*, 1893.
MANEGA. — *Riforma medica*, 1894.
FÉLIZET. — *Des hernies inguinales de l'enfance*, 1894.
VASSAL. — *Thèse de Paris*, 1895.
DE VAUCHER. — *Th. de Lyon*, 1895.
KOUSMINE. — *Revue de chirurgie*, 1895.
OWEN. — *The Lancet*, 1896.
LOCKWOOD. — *Brit. med. Journ.*, 1896.
MUMBY. — *Brit. med. Journ.*, 1896.
MORGAN. — *The Lancet*, 1897.

- LAUNAY ET WIART. — *Société anatomique*, 1897.
MENCIÈRE. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1897.
WALTER. — *Centralblat. f. chir.*, 1897.
MOZER. — *Inaugur. dissert.* Berlin, 1898.
SCHULTZ. — *Th. de Paris*, 1898-1899.
CHARON. — *Journal de clinique et de thérap. infant.*, 1898.
MAAS. — *Berliner Klin. Chir.*, 1899.
WIART. — *Société anatomique*, 1899.
OGÉ. — *Thèse de Paris*, 1900-1901.
SCHNITZLER. — *Soc. obs. Vienne*, 1903.
SÉBIAN. — *Th. de Paris*, 1903-1904.
GARRIGUES. — *Th. de Paris*, 1903-1904.
BORDEAU. — *Th. de Paris*, 1904-1905.
BOULFROY. — *Th. de Lyon*, 1904-1905.
GAUDIER. — *Société de chir.*, 1906.

